

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Зеньков А.А., Михневич А.В., Мышленок Д.Ф., Выхристенко К.С.,
Чуешов В.В., Крисанов В.В., Деркач В.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Несмотря на достижения современной медицины в области профилактики и лечения атеросклероза, ангиохирургическая клиника по-прежнему сталкивается с тяжелым стенозирующим атеросклеротическим поражением различных сосудистых бассейнов. Одним из проявлений атеросклеротического поражения сосудистого русла является артериальная гипертензия, злокачественное течение которой зачастую обусловлено окклюзионно-стенотическим поражением почечных сосудов. Определение тактики медикаментозного и оперативного лечения больных мультифокальным атеросклерозом с вазоренальной гипертензией нуждается в уточнении в связи с наличием разных, иногда противоречивых подходов.

Цель. Оптимизация результатов хирургического лечения больных мультифокальным атеросклерозом с вазоренальной гипертензией с использованием сочетанных и гибридных вмешательств.

Материалы и методы. В отделении сердечно-сосудистой хирургии Витебской областной клинической больницы с февраля 2006 по апрель 2008 года прооперировано 20 пациентов с поражением магистральных артерий почек. Выполнено 25 эндоваскулярных реконструкций почечных артерий одно- или двусторонних.

У 100% больных наблюдался атеросклероз как основной этиологический фактор заболевания. Поражение почечных артерий сочеталось с поражением ветвей дуги аорты (9 пациентов), артерий нижних конечностей (7 пациентов) и комбинированным поражением экстракраниальных сосудов и артерий нижних конечностей у четырех больных. У всех пациентов на основании наличия гемодинамически значимого поражения почечных артерий, злокачественного течения артериальной гипертензии была установлена вторичная симптоматическая артериальная гипертензия. Тринадцать больных страдали артериальной гипертензией III ст., семь – II ст. Наличие риска 3 было определено у 2 пациентов, риска 4 у 18.

Из сочетанной и сопутствующей патологии наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца (12 больных - 60%), постинфарктный кардиосклероз - 6 пациентов (30%), в анамнезе ишемический инсульт – у 6 больных (30%). По данным ультразвукового исследования у двух пациентов были выявлены изменения паренхимы почек.

Помимо общеклинического обследования больных, проводили УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгеноконтрастную

ангиографию ветвей дуги аорты, артерий нижних конечностей, сосудов почек, по показаниям компьютерную или магниторезонансную томографию экстра- и интракраниальных сосудов, брюшного отдела аорты

Всем пациентам с мультифокальным атеросклерозом при УЗДГ выполнялась проба с каптоприлом, по результатам которой определялись значительное изменение параметров кровотока в ишемизированных сосудистых бассейнах, что требовало, первым этапом стентирования почечных артерий, а затем в этот же день, одновременно реконструкция ветвей дуги аорты и артерий нижних конечностей. Выбор данной тактики хирургической коррекции был обусловлен тем, что после реконструкции почечных сосудов ожидалось снижение системного артериального давления, что в свою очередь могло привести к уменьшению перфузии органов и тканей и усугублению ишемии в поражённых сосудистых бассейнах. Поэтому, реваскуляризация данных артериальных сегментов выполнялась в наиболее сжатые сроки после стентирования почечных артерий

Результаты и обсуждение. Выполнены следующие виды гибридных вмешательств, представленные в таблице

Варианты выполненных оперативных вмешательств

Название операций	Количество
ЧТБАиС ПочА + БПШ справа	1
ЧТБАиС ПочА + АББШ	4
ЧТБАиС ПочА + ЧТБАиС ПкЛА + КЭАЭ из ОСА и ВСА с пластикой аутовеной + АББШ	1
ЧТБАиС ПочА + ЭАЭ из ПозвА + Резекция аневризмы брюшной аорты и левой ПА + АББП	1
ЧТБАиС 2ПочА + КЭАЭ из ВСА и ОСА + перемещение ОСА и ВСА с ликвидацией кинкинга + АББШ	1
ЧТБАиС ПочА + КЭАЭ из ОСА и ВСА с пластикой аутовеной	4
ЧТБАиС ПочА + КЭАЭ из ОСА и ВСА справа	4
ЧТБАиС обеих ПочА, ОПА + ЧТБА НПА + БПШ аутовеной	2
Аорто-почечное шунтирование + АБШ	1
ЧТБАиС обеих ПочА + ЧТБАиС ПкЛА + КЭАЭ из ОСА и ВСА с пластикой синтетической заплаты + реимплантация ПозвА в ОСА с ликвидацией кинкинга + БПШ аутовеной	1
Всего	20

АББП – аорто-бедренное бифеморальное протезирование; АББШ – аорто-бедренное бифеморальное шунтирование; БПШ – бедренно-подколенное шунтирование; ВСА – внутренняя сонная артерия; КЭАЭ – каротидная эндартерэктомия; ОСА – общая сонная артерия; ПА – подвздошная артерия; ПБШ – подвздошно-бедренное шунтирование; ПкЛА – подключичная артерия; ПозвА – позвоночная артерия; ПочА – почечная артерия; СПА – стеноз почечных артерий; ЧТБАиС – чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование; ЭАЭ – эндартерэктомия.

Продолжительность нахождения пациентов в стационаре после оперативного вмешательства составляла от 8 до 42 суток (в среднем 15,5 суток).

В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не было, острых нарушений мозгового кровообращения, острой ишемии нижних конечностей не наблюдалось. У одного больного после стентирования левой почечной артерии в сочетании с аортобифemorальным аллошунтированием на фоне активной терапии антикоагулянтами возникло кровотечение из проксимальной части аорто-бедренного анастомоза, была выполнена ревизия проксимального анастомоза, произведен гемостаз.

После выполнения стентирования почечных артерий у больных происходило снижение уровня систолического и диастолического давления, причём следует отметить более значительное снижение показателей уровня систолического давления по сравнению с диастолическим. Так средний уровень систолического давления у пациентов до операции составлял 164,4 мм.рт.ст, после оперативного вмешательства – 133,8 мм.рт.ст., средний уровень диастолического давления 96,7 и 87,8 мм.рт.ст. соответственно. В среднем уровень снижения систолического давления после выполнения стентирования составил 30,5 мм.рт.ст., а диастолического 13,3 мм.рт.ст.

После проведенного оперативного лечения у всех пациентов при выписке из стационара отмечалось либо значительное снижение дозы (на 60-70%) принимаемых антигипертензивных средств (ингибиторы АПФ, диуретики, В-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов), либо их полная отмена.

Выводы.

1 При сочетанном поражении нескольких артериальных бассейнов у больных с мультифокальным атеросклерозом и вазоренальной гипертензией возможно выполнение одномоментных сосудистых реконструкций с целью предотвращения сосудистых катастроф со стороны поражённых сосудистых бассейнов.

2. Выполнение ультразвуковой доплерографии с каптпропиловой пробой, может быть использовано как дополнительный критерий для определения тактики реваскуляризации сосудистых бассейнов у больных с генерализованным атеросклерозом.

Литература

1. Одномоментные операции больных с сочетанным поражением коронарных и брахиоцефальных артерий / Ю.В. Белов, Н.Л. Баяндин, А.Н. Косенков, Т.Л. Султанян // *Ангиология и сосудистая хирургия* — 1995. — № 3. — С. 35-45.

2. Хирургическая тактика при сочетанных поражениях коронарных и брахиоцефальных артерий / В.С. Работников, М.М. Алишбаш, Е.Б. Куперберг // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. — 1996. — № 3. — С. 131-135.

3 Rihal C. S , Textor S C , Breen J F. et al. Incidental renal artery stenosis among a prospective cohort of hypertensive patients undergoing coronary angiography. *Mayo. Clin. Proc.* 2002, 77: 309 – 316.

4 White C. J Renal artery stenosis: when and how to treat. R. Heuser, M. Henry.(Ed) *Textbook of Peripheral Vascular Interventions* London: Martin Dunitz, 2004: 277 –284.